



STATE OF WASHINGTON
 DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
 PO Box 9501 Olympia WA 98507-9501

PAGO SUPLEMENTAL/DIRECTO DEL ESTADO
AVISO DE SOBREPAGO AL CLIENTE
 STATE SUPPLEMENTARY/DIRECT PAYMENT CLIENT OVERPAYMENT NOTICE

Client/SSP Payee

Fecha:
Oficina/MS:
No. de identificación de cliente de DD:
No. del seguro social del cliente/Agente cobrador:
Fecha de nacimiento del cliente/Agente cobrador:
Código de servicio:
Número de autorización de SSPS:
Nombre del servicio:

CON RELACIÓN A:
 NOMBRE DEL CLIENTE _____

Nuevo sobrepago
 Sustituye el aviso de sobrepago fechado el: _____

A. Se le ha hecho un sobrepago en sus Pagos Suplementales/Directos del Estado por la cantidad de _____ desde _____ hasta _____. Se adjunta una hoja de cálculos.

B. El sobrepago ocurrió debido a que:

- El cliente no calificó para recibir Pagos Suplementales del Estado (SSI)
- El cliente no tenía necesidad o no recibió los servicios especificados
- Se autorizó el monto incorrecto
- Se autorizó pago a la parte incorrecta
- Otro _____

C. Si tiene preguntas sobre la cantidad o la razón del sobrepago, comuníquese con la División Servicios para Personas con Impedimentos al Desarrollo (DDD) al número que se indica a continuación:

Nombre del trabajador _____

Número telefónico del trabajador _____

Por favor envíe un cheque por el monto completo pagadero a la orden de FSA, OFR a la dirección consignada abajo o realice los arreglos de pagos necesarios antes de transcurridos diez (10) días con:

Finance Division, Office of Financial Recovery
 PO Box 9501
 Olympia, WA 98507-9501
 (360) 664-5700
 1-800-562-6114 (Sin cargo)
 1-800-452-2334 (Intérprete)
 1-800-833-6388 (TTY Servicio de retransmisión del Estado de Washington)

Si no realizara el pago:

- Podemos ordenar un embargo preventivo de su propiedad personal y bienes raíces.
- DSHS puede recaudar fondos por medio de la extinción del derecho a redimir una hipoteca, embargo, incautación y venta o retención de hasta el 25% de su salario neto.

Si no está de acuerdo con alguna decisión tomada al determinar este sobrepago, puede solicitar una audiencia imparcial en un plazo de noventa (90) días, desde la recepción de esta carta, escribiendo a: Office of Administrative Hearings PO Box 42489 Olympia WA 98504-2489.

Firma del trabajador _____

DSHS 18-627 SP (Rev. 10/2003)

DISTRIBUTION: Original - Responsible Party/Payee Copy - Client/Legal Representative, OFR, SSP Program Manager, Client File